VZOR ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ JEDNORÁZOVÉ PENĚŽNÍ ČÁSTKY OSOBÁM STERILIZOVANÝM V ROZPORU S PRÁVEM

**Adresát:**

Ministerstvo zdravotnictví Odbor právní

Palackého náměstí 4

128 01 Praha 2

**Žadatel/-ka:**

*Jméno a příjmení, případně jméno a příjmení v době provedení sterilizace, pokud bylo odlišné, datum narození, adresa místa trvalého pobytu*

**Vylíčení rozhodných skutečností:**

*Kdy a v jakém zdravotnickém zařízení došlo ke sterilizaci a za jakých okolností – zda žadatel/-ka vyslovil/-a svobodně, bez nátlaku a na základě předchozího poučení o sterilizaci souhlas, pokud ano, za jakých podmínek apod.*

**Označení listin**

* Pro urychlení vyřizování žádosti se doporučuje zaslání jejich kopií, (pokud je má žadatel/-ka k dispozici), jichž se žadatel/-ka dovolává na podporu svého práva.
* zdravotnická dokumentace kterého poskytovatele zdravotních služeb, dokumenty týkající se poskytnutí dávky sociálního zabezpečení v souvislosti s výkonem sterilizace a orgánu, který takovými listinami disponuje.

**Číslo bankovního účtu**

*číslo účtu a kód banky, popř. uvedení názvu banky*

**Datum žádosti a podpis žadatelky/-e**

**Přílohy (nepovinné):**

*Listiny prokazující výše uvedená tvrzení. Nejedná se však o povinné přílohy. Vždy je třeba hlavně tyto listiny řádně označit a ministerstvo je oprávněno si je vyžádat a oprávněné úřední osoby jsou také zákonem zmocněny k nahlížení do zdravotnické dokumentace vedené ohledně tohoto zdravotního výkonu.*